TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du Dr J. EUZIÈRE



TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J. EUZIÈRE





MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—

1910

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Docteur J. EUZIÈRE

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

I

Faculté de médecine

Docteur en médecine (1907).

Chef de clinique des maladies mentales et nerveuses, service de M le docteur Mairet (Concours 1907).

Lauréat de la Faculté de médecine Montpellier :

Prix Bouisson, meilleures études médicales (1908).

Prix Fontaine, meilleure thèse (1908).

Lauréat de la ville de Montpellier :

Prix de la ville, meilleure scolarité (1907).

Lettre de félicitation de M le Ministre de l'Instruction publique pour l'obtention du prix de thèse.

Membre de la Société des Sciences Médicales de Montpellier.

II

Hôpitaux

Externe des hopitaux de Montpellier (Concours 1902).

Interne titulaire des hopitaux de Montpellier (Concours 1903, n° 1).

Interne titulaire de la clinique des maladies mentales et nerveuses (Concours 1906, n° 1).

Médecin adjoint des asiles de France (Concours 1908, n° 1).

Chargé du service de clinique des maladies des vieillards à l'Hôpital général de Montpellier, pendant les mois d'Août-Septembre et Octobre 1909.

III

Enseignement

Conférences cliniques dans le service des maladies mentales et nerveuses, chargé d'un laboratoire dans le même service.

Conférences pour la préparation à l'externat et l'internat des Hôpitaux de Montpellier.

Conférences pour la préparation à l'internat de la clinique des maladies mentales et nerveuses.

DEUXIÈME PARTIE

PUBLICATIONS

I

EXPOSÉ GÉNÉRAL

A. — MÉDECINE GÉNÉRALE

1° Maladies infectieuses

Appendicite et pneumonie. *Montpellier Médical*, novembre 1909.

Les Pseudo-appendicites pneumoniques. Remarques pathogéniques. *Gazette des Hôpitaux*, 14 octobre 1909.

A propos d'un cas de pneumonie riche en complications digestives ; début pseudo-appendiculaire ; phénomènes bilieux ; ictère. *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 7 janvier 1910.

Ictère catarrhal au début d'une fièvre typhoïde (avec M. Gaussel), *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 23 mars 1906.

Une petite épidémie de pneumonie *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 2 juillet 1909.

Une observation de délire transitoire de la crise dans la pneumonie du vieillard. *Société des Sciences medicales de Montpellier*, 12 février 1909.

Fièvre typhoïde et crises hypothermiques *Province Médicale*, 25 septembre 1909.

Deux cas de varicelle chez l'adulte (avec M. Caizergues). *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 11 février 1910.

Tuberculose hépatique ; Pleurésie hémorragique ; symphyse du péricarde. *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 25 février 1910.

Septicémie post-érysipélateuse compliquée de myocardite. *Société des Sciences médicales de Montpellier* 11 juin 1909.

2° Neurologie

Paralysie générale et chorée (avec M. Pezet). *Province Médicale*, 11 juin 1910.

Réflexions sur un syndrome choréiforme chronique (avec M. Margarot). *Montpellier Médical*, juin 1910.

Les troubles psychiques dans la chorée de Huntington (avec M. Pezet) *Province Médicale*, 12 février 1910.

Un cas de chorée de Huntington (avec M. Pezet), *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 10 décembre 1910.

Les Myoclonies épileptiques (à propos d'une observation de syndrome d'Unverricht), (avec M. Maillet). *Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1910.

Une observation d'hémichorée et d'hémiathétose survenue à la suite d'ictères épileptiformes chez un paralytique général. *Montpellier Médical*, 1909.

Remarques sur la paralysie générale traumatique au sujet d'une observation de méningo-encéphalite consécutive à un traumatisme. *Société des sciences médicales de Montpellier*, avril 1910.

Réflexions sur quelques particularités des troubles moteurs dans un cas de paralysie générale (avec M. Clément). *Société des sciences médicales de Montpellier*, 26 mars 1909.

Un cas de parotidite suppurée au déclin de la paralysie générale. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 25 juin 1909.

Hémoglobinurie chez un paralytique général à la dernière période (avec M Pezet). *Société des sciences médicales de Montpellier*, 10 décembre 1909.

Les troubles psychiques dans un cas de tabes. Combinaison de la paralysie générale à un tabes vieux de 26 ans (avec MM. Salager et Clément) *Société des sciences medicales de Montpellier*, avril 1910.

Un cas de paralysie générale avec hallucination. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 21 janvier 1910 (avec M. Albes).

Un cas de pseudo-paralysie générale par trouble de la nutrition. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 14 janvier 1910, *Montpellier Médical*, n° 11, 1910.

Un cas de sclérose en plaques avec troubles psychiques (avec M. Margarot), *Société des sciences médicales de Montpellier*, avril 1910.

Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. *Archives générales de médecine*, octobre 1909.

Coexistence d'un syndrome de sclérose en plaques et d'un processus de méningite chronique d'origine alcoolique (avec M. Clément). *Société des sciences médicales de Montpellier*, 4 juin 1909.

Remarques sur la marche de la réflectivité chez les alcooliques. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 5 juin 1908.

Dissociation des réflexes cutanés et tendineux dans les états confusionels. *Montpellier Médical*, juin 1910.

Les réflexes cutanés et tendineux dans les infections. *Société des sciences médicales de Montpellier*, juin 1910.

Kyste des méninges d'origine traumatique. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 4 mai 1910 (avec M E. Bosc).

Une observation de pachyméningite hémorragique (compression de la zone rolandique par un volumineux hématome sans signe de localisation). *Société des sciences médicales de Montpellier*, 14 février 1908.

Présentation d'un crâne syphilitique. *Société des sciences médicales de Montpellier*, févier 1910.

Syphilis nécrosante du crâne. *Société des sciences médicales de Montpellier*, mars 1910.

Trois observations d'hémorragies protubérantielles (avec M. Guiraud). *Montpellier Medical*, mai 1908.

Hémorragie protubérantielle (avec M. Pezet). *Société des sciences médicales de Montpellier,* mai 1910.

A propos de la pathogénie des hémiœdèmes chez les hémiplégiques (avec M. Clément). *Montpellier Médical,* 6 juin 1909.

Un cas de syndrome de Bénédikt (**présentation de malade**). *Société des sciences médicales de Montpellier,* 15 avril 1910 (avec M. Margarot).

Une observation d'aptitude convulsive mise en évidence par l'alcoolisme (avec M. Clément). *Société des sciences médicales de Montpellier,* 15 mai 1908.

Accidents hystériques et épileptiques consécutifs à une émotion chez un enfant de 12 ans (avec M. Margarot). *Montpellier Médical,* 29 mai 1910.

Un nouveau cas d'achondroplasie (avec M. J. Delmas). *Société des sciences médicales de Montpellier,* 10 juin 1910.

Les troubles psychiques dans l'achondroplasie (avec M. J. Delmas). *Société des sciences médicales de Montpellier,* 26 mai 1910.

Deux cas de délire alcoolique systématisé (avec M. Albes). *Montpellier Médical,* 24 avril 1910, n° 17.

Un cas de délire mégalomaniaque (avec M Jacquemet). *Congrès des sociétés savantes de Montpellier,* 1907.

Association d'un délire mégalomaniaque à une folie raisonnante de persécution (délire des persécutés, persécuteurs dégénérés) avec M. Jacquemet. *Société des sciences médicales de Montpellier,* 8 mars 1907.

Une observation d'amnésie systématique et localisée consécutive à une crise de phobomanie (avec M. Clément). *Société des sciences médicales de Montpellier,* 14 mai 1909.

Observations sur les poésies d'un débile intellectuel (avec M. Caizergues). *Société des sciences médicales de Montpellier,* 18 juin 1909.

Deux observations de puerpéralité. Puerpéralité et confusion mentale. Puerpéralité et épilepsie (avec M. J. Delmas). *Montpellier Médical,* 27 mars 1910.

Polydactylie et troubles psychiques. *Société des sciences médicales de Montpellier,* 17 décembre 1909.

Traitement des névrites (avec M. le professeur Mairet), article destiné à la nouvelle édition du traité de thérapeutique de M. le Professeur A. Robin.

Traitement des contractures (avec M. le Professeur Mairet), article destiné à la nouvelle édition du traité de thérapeutique de M. le professeur A. Robin.

Traitement de la paralysie générale (avec M. le professeur Mairet) article destiné à la nouvelle édition du traité de thérapeutique de M. le professeur A. Robin.

Traitement des tremblements (avec M. le professeur Mairet), article destiné à la nouvelle édition du traité de thérapeutique de M. le professeur A. Robin.

3° Pathologie Générale

La Prédisposition locale. *Thèse de Montpellier 1907*, n° 69.

B. — MÉDECINE LÉGALE

Etude du contenu cardiaque dans les asphyxies mécaniques (avec M. Romant). *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, numéro de septembre 1907.

Simulation d'aliénation mentale par les militaires (avec M. Jacquemet). *Montpellier Médical*, août 1907.

L'inversion morale (avec M. le Professeur Mairet), communication au Congrès international de Médecine tenu à Budapesth, 1909.

Les invalides moraux (avec M. le Professeur Mairet). 1 volume in-8° de 282 pages. Coulet-Masson, éditeurs, 1910.

C. — VARIA

Les vaisseaux de la rétine du congre. Nouveau cas de rétine vasculaire chez les vertébrés inférieurs (avec M. Grynfeltt). *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 12 juin 1908.

Deux observations de décollement prématuré du placenta normalement inséré (avec présentation de pièces) (avec Mme Gaussel), *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 18 mai 1906.

Epithélioma de la lèvre inférieure et adénopathie secondaire. Radiothérapie. Aggravation rapide des lésions (avec M. Riche). *Société des sciences médicales de Montpellier*, 26 mai 1905.

Présentation de diverses pièces ostéologiques (avec M. J. Delmas). *Société des sciences médicales de Montpellier*, mai 1910.

Documents de divers ordres donnés pour leurs thèses à des étudiants de la Faculté de Médecine de Montpellier.

PREMIÈRE SECTION

MÉDECINE GÉNÉRALE

1

MALADIES INFECTIEUSES

I

APPENDICITE ET PNEUMONIE

Montpellier Médical, nov. 1909

LES PSEUDO-APPENDICITES PNEUMONIQUES. REMARQUES PATHOGÉNIQUES

Gazette des Hôpitaux, 1909, p. 1459

On a publié quelques cas d'appendicites pneumoniques qui peuvent se grouper en quatre classes, caractérisées par les rapports chronologiques qui unissent les deux localisations infectieuses :

1° L'infection pulmonaire et appendiculaire apparaissent en même temps.

2° L'infection pulmonaire précède l'infection appendiculaire, mais d'assez peu pour que les tableaux cliniques des deux affections puissent se confondre.

3° L'infection appendiculaire est tardive.

4° L'infection appendiculaire précède la pneumonie.

Ces divers cas ne sont intéressants que par le problème de diagnostic qui se pose entre eux, et ce que l'on appelle les pseudo-appendicites pneumoniques, c'est-à-dire les pneumonies qui débutent par le tableau clinique de l'appendicite. C'est ce dernier genre d'accident, qu'à propos d'observations personnelles, nous avons plus particulièrement étudiés ; cette étude, nous l'avons faite surtout au point de vue pathogénique.

Les auteurs qui ont étudié ce côté de la question se sont surtout attachés à expliquer le transfert à l'abdomen du point de côté thoracique. Ils l'ont fait en supposant que la souffrance du parenchyme pulmonaire par l'intermédiaire des filets sympathiques et de la moëlle, était transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal, qui correspond assez exactement au point de Mac-Burney. Cette hypothèse explique bien le comment, mais non le pourquoi du transfert du point de côté. C'est ce dernier point que nous avons essayé d'éclairer.

Il nous semble que le pourquoi de ce siège ectopique se trouve dans l'existence d'une irritation du côté de l'appendice, et les raisons que nous en donnons peuvent se grouper sous trois chefs :

1° Preuves par analogie : On trouve, en effet, dans la littérature médicale, des observations dans lesquelles on voit le point douloureux de la pneumonie émigrer dans une région qu'une maladie antérieure prédisposait à ce rôle de siège de la douleur (siège épigastrique, expliqué par ulcère de l'estomac ; siège salpingien, expliqué par annexite ancienne ; siège cholécystite, expliqué par lithiase vésiculaire, etc., etc.).

2° On trouve des faits dans lesquels le siège appendiculaire coexiste avec d'anciennes altérations du vermis. Dans une de nos observations personnelles, il s'agit, par exemple, d'un vieillard qui, à plusieurs reprises, avait présenté des manifestations appendiculaires. Dans quelques cas rapportés par divers auteurs, les lésions appendiculaires anciennes furent constatées au cours de l'acte opératoire indûment entrepris.

3° Enfin, dans un troisième groupe de faits, ce n'est pas une lésion chronique qui est l'agent d'irritation appendiculaire, mais un processus aigu, quoique très léger. C'est ainsi que Haim, ayant opéré un malade présentant les signes de l'appendicite et atteint

en réalité de pneumonie, trouva « l'appendice quelque peu enflammé, la séreuse légèrement dépolie, l'aspect de la muqueuse normal ». D'autres auteurs parlent, dans les mêmes circonstances, d'irritation catarrhale, de légère inflammation de la séreuse, toutes atteintes qui n'expliquent pas les signes cliniques d'une grave inflammation péritonéale « tels qu'on les avait d'abord constatés. On peut parfaitement affirmer que, dans ces cas, l'opération fut inutile, mais que les lésions si légères de l'appendice ne sont pas étrangères à la localisation abdominale du tableau clinique.

Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que dans la plupart des observations de pneumonie à début pseudo-appendiculaire, on voit des troubles digestifs présenter une importance inaccoutumée.

C'est peut-être par là qu'il faut expliquer la plus grande fréquence du début appendiculaire de la pneumonie dans l'enfance, alors que les symptômes digestifs, les vomissements, l'état saburral s'y observent aussi avec plus de fréquence que chez l'adulte.

La coïncidence qui apparaît presque constante des troubles digestifs et du début pseudo-appendiculaire dans diverses affections aiguës autres que la pneumonie, est enfin un dernier argument en faveur de notre manière de voir.

II

UNE PETITE ÉPIDÉMIE DE PNEUMONIE

Société des Sciences Médicales de Montpellier, 2 juillet 1909

La réalité de la contagion pneumonique est aujourd'hui admise par tous. Plusieurs observations d'épidémie de pneumonie ont été publiées. Ce qui fait l'intérêt de celle que nous avons observée, c'est qu'elle a évolué en deux phases. Dans une première, il y a contagion directe, le contage s'étend à une série d'individus qui étaient en contact presque immédiat ; la pneumonie ainsi déterminée est une pneumonie classique, et la contamination

immédiate par un germe très virulent explique fort bien tous les faits. Dans une seconde phase, au contraire, le contage se fait plus indirectement ; le pneumocoque a un plus grand voyage à faire pour aller infecter un autre individu ; il n'arrive à destination que considérablement affaibli, et s'il réussit à déterminer, malgré tout, une pneumonie, ce n'est que grâce à son alliance avec l'infection grippale, qui lui prépare le terrain.

III

ICTÈRE CATARRHAL AU DÉBUT D'UNE FIÈVRE TYPHOIDE

Société des Sciences Médicales de Montpellier, 23 mars 1906 (avec M. Gaussel)

A PROPOS D'UN CAS DE PNEUMONIE RICHE EN COMPLICATIONS DIGESTIVES : DÉBUT PSEUDO-APPENDICULAIRES, PHÉNOMÈNES BILIEUX, ICTÈRE.

Id., 7 janv. 1910

Ces deux observations sont intéressantes à rapprocher ; toutes deux sont relatives à des ictères survenus au cours de maladies infectieuses. Pendant longtemps on estima que ces ictères étaient dus à une infection biliaire d'origine ascendante. Récemment, on a abandonné cette théorie pour soutenir l'origine sanguine. Ces deux observations marquent la nécessité d'une opinion éclectique. Dans le premier cas publié, alors que l'origine ascendante régnait en maîtresse, tous les caractères cliniques (allure de l'ictère, phénomènes d'insuffisance hépatique, apparition de symptômes de crises), autorisent à incriminer l'infection hématogène. Dans le second cas, au contraire, les caractères opposés permettent d'affirmer l'origine ascendante de l'altération biliaire.

IV

UNE OBSERVATION DE DÉLIRE TRANSITOIRE DANS LA PNEUMONIE DU VIEILLARD

Société des Sciences médicales de Montpellier, mars 1909

Le délire critique de la pneumonie est exceptionnel chez le vieillard ; c'est un point intéressant de notre observation qui se distingue encore par le contraste très manifeste qui existe entre

le peu d'importance des symptômes et la violence des phénomènes critiques.

V

FIÉVRE TYPHOIDE ET CRISES HYPOTHERMIQUES

Province Médicale, 25 septembre 1909

Une association d'idée, devenue machinale, unit dans l'esprit des cliniciens les chutes brusques de la température au cours de la fièvre typhoïde, à l'hémorragie ou à la perforation intestinale. En l'absence d'une de ces deux causes, ils pensent aux gangrènes, aux escarres, à l'insuffisance hépatique, à la septicémie, à la pyohémie, qui, plus exceptionnelles, n'en sont pas moins classiques. Mais ces complications, pour être l'origine la plus fréquente des chutes brusques de température au cours de la fièvre typhoïde, ne sont pas toujours en cause, et il est des cas où on ne retrouve aucune d'entre elles. Il s'agit alors de ce que Monnier appelle des crises hypothermiques. A l'occasion d'un cas remarquablement net de ce genre d'accident, nous avons essayé d'en pénétrer le mécanisme pathogénique. La crise hypothermique nous paraît devoir être considérée comme une claudication intermittente, non pas causée par une lésion organique, mais par l'excès du travail imposé et des attaques subies. Ce serait comme un faux pas de la défense, comme l'ébauche épisodique d'une force ataxique.

En fait, malgré leur symptomatologie assez dramatique, les crises hypothermiques sont en général d'un bon pronostic.

VI

TUBERCULOSE HÉPATIQUE. — PLEURÉSIE HÉMORRAGIQUE. SYMPHYSE DU PÉRICARDE.

Société des Sciences médicales de Montpellier, 25 février 1910.

Quand on constate la coïncidence chez un même sujet d'une cirrhose hépatique d'origine tuberculeuse et d'une symphyse cardiaque, on pense tout naturellement à la cirrhose cardio-tubercu-

leuse, et on tend à admettre que le primum movens de la tuberculose hépatique a été la congestion passive de l'organe résultant de la lésion cardiaque. Dans le cas actuel, il n'en est rien.

Sans doute, macroscopiquement, le foie a l'aspect muscade, mais cette apparence résulte non pas de la congestion veineuse sus-hépatique, mais de la dégénérescence graisseuse péri-portale, ainsi qu'on le constate souvent dans les foies tuberculeux. L'examen microscopique le montre bien, il n'y a nulle lésion du côté des veines sus-hépatiques, il n'y a pas de congestion du foie ; celui-ci est purement tuberculeux, il n'est pas cardio-tuberculeux. Il est certain que c'est la cholémie du sujet qui a joué le grand rôle dans la localisation de l'infection bacillaire au niveau de la glande hépatique, et non la lésion cardiaque. On pourrait même se demander si, au contraire, la lésion hépatique n'a pas favorisé l'envahissement du péricarde, de même qu'elle a aidé à l'inoculation pleurale ; cet enchaînement est possible, on ne peut guère le démontrer. La symphyse tuberculeuse n'a eu cliniquement aucun symptôme, l'absence de toute congestion du foie l'explique facilement, puisqu'on a ainsi la preuve qu'il n'y a jamais eu de trouble circulatoire marqué ; l'époque à laquelle a été lésé le péricarde ne peut donc être précisée. Quoi qu'il en soit, la coexistence d'une cirrhose tuberculeuse et d'une symphyse cardiaque est dans notre cas rendue intéressante par l'absence du rapport de cause à effet qui les réunit habituellement dans la maladie d'Hutinel.

VII

SEPTICÉMIE POST-ÉRYSIPÉLATEUSE COMPLIQUÉE DE MYOCARDITE

Montpellier Médical, 22 août 1909

Observation intéressante dans son ensemble parce que :

1° Si l'érysipèle est d'une extrême fréquence chez l'homme adulte ; il ne se complique que rarement d'accidents streptococciques généralisés.

2° Parce qu'on y trouve réunis tous les accidents que peut provoquer le streptocoque.

3° Parce qu'une myocardite est venue compliquer la septicémie streptococcique, ce qui est une complication exceptionnelle.

II

NEUROLOGIE

I

UN CAS DE CHORÉE DE HUNTINGTON (avec Pezet)

Soc. des Sc. Médicales de Montpellier, 30 janvier 1910

LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA CHORÉE DE HUNTINGTON (avec Pezet)

Province Médicale, 12 février 1910

Au sujet d'un cas de chorée de Huntington, nous avons étudié particulièrement les troubles psychiques symptomatiques de cette affection. Le cas que nous avons publié était tout à fait typique et ne présentait, comme particularité, que le grand nombre de cas semblables dans la famille du malade (treize cas en deux générations).

Au point de vue psychique, en dehors des troubles habituels de la démence choréïque que nous avons passé en revue dans notre travail, notre malade présentait très nettement les troubles de la mémoire quantitative que M. le professeur Marie a signalé dans ce genre de malade. Léri et Vurpas, qui ont étudié spécialement ce mode d'altération intellectuelle, l'attribuent à la diminution des mémoires sensorielles. Dans notre cas, cette explication n'était pas applicable. Ce qui arrêtait bientôt chez notre malade l'énumération des êtres et des objets familiers, ce n'était pas que leur image n'apparaisse plus dans le champ de sa conscience ; c'est qu'il ne trouvait pas le mot pour les désigner. Notre malade n'était pas un amnésique, c'était un aphasique d'évocation.

II

UNE OBESRVATION D'HÉMICHORÉE ET D'HÉMIATHETOSE SURVENUE A LA SUITE D'ICTUS ÉPILEPTIFORMES CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL.

Montpellier Médical, tomes XXVIII, XXIX, n° 35, 29 août 1919

PARALYSIE GÉNÉRALE ET CHORÉE (avec Pezet)
Province Médicale, 11 juin 1910

L'origine corticale d'un grand nombre de syndromes choréiques paraît aujourd'hui établie. Il nous a paru qu'on pouvait tirer quelque éclaircissement au sujet de leur mécanisme pathogénique de l'étude des cas où un processus méningé s'acompagne de chorée, et spécialement ceux où la paralysie générale présente dans sa symptomatologie ce genre particulier de manifestations.

Les cas cliniques personnels ou que nous avons pu recueillir dans la littérature, se répartissent en trois groupes :

1° Dans un premier se trouvent des observations tout à fait exceptionnelles, dans lesquelles chorée et paralysie générale semblent s'être associées et combinées.

2° Dans un second, nous rangeons les hémichorées uni ou bilatérales, survenant à la suite d'ictus apoplectiques ou épileptiformes.

3° Dans un dernier groupe, enfin, prennent place des faits rares de paralysie générale, qui, pendant toute leur évolution, ont eu comme symptômes prédominants des troubles choréiformes. Ce sont, si l'on veut, des paralysies générales choréiformes.

Dans les cas du premier groupe, on trouve des conditions tout à fait spéciales, créant à la fois prédisposition à la chorée et à la paralysie générale. L'observation la plus typique est due à Brissaud et Gy : Une fille de paralytique général a plusieurs atteintes de chorée (notamment une par imitation) ; à 14 ans, elle fait une nouvelle attaque, qui s'éternise, et au cours de laquelle apparaissent les signes classiques d'une véritable paralysie générale juvénile. Ici, le terrain particulier sur lequel évoluaient les

accidents, explique en grande partie l'apparition de la chorée et sa persistance.

Dans les cas du deuxième groupe, les mouvements choréiques paraissent dus à l'irritation surajoutée à la lésion organique, et dont la raison anatomique est constituée par la congestion méningée aiguë, constatée au cours des autopsies.

Enfin, il est remarquable que tous les cas de paralysie générale choréiforme qui ont été publiés, appartiennent à une forme particulière de paralysie générale : la forme hémorragique. Cette forme est caractérisée par son évolution rapide, la jeunesse des sujets chez lesquels elle apparaît, et enfin, au point de vue anatomique, par une congestion intense avec suffusions hémorragiques corticales.

Si l'on résume pathogéniquement les deux derniers ordres de faits, on voit qu'une lésion corticale peut très bien donner lieu à un syndrome choréique, mais cette lésion, au moins dans la paralysie générale, doit être avant tout irritative.

III

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CHORÉES PERSISTANTES ; RÉFLEXIONS SUR UN SYNDROME CHORÉIFORME CHRONIQUE.

(Avec M. MARGAROT). *Montpellier Médical*, juin 1910

Les faits publiés de chorée de Sydenham passés à l'état chronique sont très rares. Nous avons eu l'occasion d'en observer personnellement un qui nous a paru devoir être rapproché de ceux que M. H. Claude a présentés dernièrement à la Société de Neurologie, sous le nom de chorée persistante. L'étude de ce genre de chorée est d'autant plus intéressante qu'il vient corroborer les résultats des travaux récents qui accordent une importance prépondérante aux irritations corticales dans la pathogénie des chorées. La persistance des mouvements choréiques semble, en effet, pouvoir se rencontrer dans les circonstances suivantes :

1° Quand le système nerveux présente des lésions organiques antérieurement à l'apparition de la chorée ; c'est ce qui s'est

passé dans notre cas où une jeune fille atteinte dans son enfance de sclérose cérébrale infantile, commence à 16 ans une chorée de Sydenham dont on retrouve des traces à l'heure actuelle, alors qu'elle a quarante ans.

2° Quand le processus choréique détermine lui-même des lésions organiques dont André Thomas a démontré la possibilité, et dont Claude a trouvé les preuves dans les cas qu'il publie.

3° Quand, postérieurement à la chorée, apparaît une lésion organique d'origine étiologique différente ; c'est ce qui est arrivé dans un cas de Brissaud et Gay, où une jeune fille devint choréique, puis paralytique générale ; la chorée persista pendant plusieurs années.

IV

LES MYOCLONIES ÉPILEPTIQUES

(A propos d'une observation de syndrome d'Unverrich) (avec Maillet)
Gazette des Hôpitaux, 6 juin 1910

Ayant eu l'occasion d'observer un cas typique de la maladie d'Unverricht, nous avons constaté que, malgré la grande parenté existant entre les différents cas décrits de myoclonies épileptiques, la nécessité d'une classification se faisait sentir. Il nous a paru utile de définir de façon précise chacune des formes cliniques particulières et de choisir dans la terminologie extrêmement riche, actuellement existante, un nom qui fût propre à chacune d'elles. Nous avons proposé de classer les diverses éventualités en trois groupes :

1° Myoclonie épileptique intermittente ;

2° Syndrome de Kojewnikoff ou épilepsie partielle continue ;

3° Syndrome d'Unverricht ou myoclonie épileptique progressive.

I. Myoclonie épileptique intermittente. — Ce terme désigne les cas dans lesquels les secousses myocloniques n'apparaissent que par accès. Parfois elles ont la valeur d'une aura motrice, d'autres fois d'équivalents ou d'attaques rudimentaires. Parfois, elles n'ont que des rapports lointains avec la crise.

II. Syndrome de Kojewnikoff ou épilepsie partielle continue. — Ici, la crise épileptique elle-même a tous les caractères de la crise d'épilepsie jaksonienne. En dehors d'elles se produisent des secousses myocloniques d'amplitude différente, allant de simples contractions fibrillaires à des secousses très étendues. Ces mouvements, pour chaque individu, ont toujours lieu dans la même région ; ils sont continus, mais leur intensité est variable ; elle est augmentée par l'émotion et surtout l'approche des crises.

III. Syndrome d'Unverricht. — C'est une forme rare. Ici, l'affection est plus fréquente chez les filles et présente le plus souvent les caractères de maladie familiale. Elle est nettement progressive et passe par trois stades. Le premier, d'une durée variable, est surtout caractérisé par des crises épileptiques ; il dure quelques mois. Dans le second, qui dure plusieurs années, on voit la combinaison de ces crises à des mouvements myocloniques généralisés et continus. Le troisième est constitué par l'épuisement et la cachexie. Quant à la nature même du syndrome, il est fortement discuté ; il semble, à en juger par les quelques autopsies publiées, que l'altération du cortex se rapprocherait par là des myoclonies ordinaires, pour lesquelles M. le professeur Raymond a signalé la fréquence des lésions corticales.

Le cas qui nous est personnel, et dont l'observation est rapportée dans ce travail, se distingue par l'absence de caractère familial et par la rapidité de son évolution (deux ans et demi). Quelques signes cliniques permettent de présager l'existence de lésions organiques.

V

REMARQUES SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE TRAUMATIQUE

Montpellier Médical, mars 1910

Au sujet d'une observation personnelle de troubles psychiques post-traumatiques à allure paralytique, nous avons abordé le problème si discuté de la paralysie générale traumatique.

Les faits que l'on a apportés à l'appui des diverses opinions soutenues peuvent se grouper en trois catégories :

1° Dans les uns, le traumatisme n'a d'importance que pour les familles qui estiment plus simple et plus honorable d'expliquer la folie d'un de leurs membres par une chute, que par la syphilis, l'alcoolisme ou l'hérédité. En réalité, dans ces cas, le traumatisme n'a jamais existé, ou il a été anodin, ou encore il n'est intervenu qu'alors que la paralysie générale était déjà en marche et qu'un œil exercé aurait pu la dépister.

2° Dans un second ordre de faits, on se trouve en présence d'une maladie de Bayle, qui débute vraiment par un traumatisme dont le rôle pathogène semble d'abord indiscutable, mais ce rôle diminue bien d'importance quand on examine le cas de plus près. L'enquête étiologique révèle alors une série de facteurs : syphilis, alcoolisme, prédisposition héréditaire, qui suffisent à expliquer à eux seuls l'éclosion de la paralysie générale. Le traumatisme a hâté l'apparition de la maladie, il a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase ; ce n'est pas lui qui a joué le rôle étiologique le plus important.

3° Enfin, il reste un petit groupe d'observations, dont le nombre est très restreint, dans lequel le traumatisme crânien est seul en scène ; mais la rareté même de ces faits légitime à leur égard toutes les suspicions, et l'on peut penser que la cause réelle n'a pu être décelée ou qu'il existe une prédisposition dont on ignore l'origine.

Cette dernière conclusion nous paraît trouver un singulier appui dans les observations analogues à celle que nous avons rapportée. Nous y voyons un traumatisme crânien assez violent, déterminer d'irrémédiables lésions organiques, qui se manifestent par des troubles parétiques, démentiels et délirants assez semblables à ceux de la paralysie générale. Ce diagnostic est, du reste, éliminé de façon indubitable par l'évolution même de la maladie. Pourquoi dans de pareils cas, si le traumatisme peut à lui seul faire de la paralysie générale, ne voit-on pas apparaître cette maladie ? La conclusion à tirer de l'examen de ce problème paraît toute naturelle : c'est que le traumatisme ne fait de la paralysie générale que chez les sujets qui y sont prédisposés ; c'est qu'il n'est jamais cause efficiente mais seulement déterminante ou

prédisposante. C'est là une idée que nos maîtres, MM. Mairet et Vires ont exprimé depuis longtemps et qui tend aujourd'hui à prévaloir.

Nous montrons ensuite que eette question a un autre intérêt théorique, qu'elle a d'importantes conséquenees médico-légales et thérapeutiques.

VI

UN CAS DE PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE PAR TROUBLE DE LA NUTRITION

Société des Sciences médicales de Montpellier, janvier 1910

Un débile intellectuel fait à deux reprises différentes des poussées de eonfusion mentale, qui simulent exactement la paralysie générale. Ces deux poussées ne reeonnaissent pas la même cause étiologique. La première est la eonséquence de préoccupations morales et de souffranees physiques altérant profondément la santé du malade : c'est une pseudo-paralysie générale par troubles de la nutrition, la seconde est sous la dépendance d'excès alcooliques.

Cette différence générale étiologique entre deux crises de pseudo-paralysie générale survenant chez un même prédisposé est importante, ear elle permet de mettre en parallèle les caractères symptomatiques des pseudo P. G. aleooliques et des pseudo P. G. nutritives. La conclusion la plus intéressante de ce parallèle est que la simulation par un état confusionnel de la maladie de Bayle est bien plus complet quand il relève de troubles de la nutrition que quand il est causé par l'alcoolisme.

VII

RÉFLEXIONS SUR QUELQUES PARTICULARITÉS DES TROUBLES MOTEURS DANS UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE

(Avec M. Clément)

Un paralytique général aphasique présente dans les quelques mots qu'il est eneore capable de prononcer et l'éerire, tous les troubles classiquement décrits comme symptômes de sa maladie.

Mais ce qui est intéressant, c'est qu'il n'a pas ou presque pas de troubles moteurs en dehors des troubles de la parole ou de l'écriture et surtout que ces troubles sont variables avec chacun des actes ; il tremble les mains étendues, marche avec peine, met maladroitement son chapeau, et peut cependant enfiler des aiguilles.

C'est là un fait assez paradoxal et sur lequel il nous a semblé bon d'attirer l'attention. Classiquement, il paraît logique d'attribuer les troubles de la parole du paralytique général à la parésie des muscles qui président à la phonation. Il est parfaitement compréhensible d'admettre que la danse saccadée et désordonnée qui agite à la moindre ébauche de mouvement les muscles de la face et de la langue du malade rende sa parole irrégulière, troublée, incoordonnée et plus ou moins incompréhensible. De même, on explique volontiers les troubles calligraphiques par le manque de discipline des muscles de la main droite. Notre observation montre que l'explication classique n'est pas toujours applicable et que les phénomènes apractiques jouent un certain rôle dans la dysarthie et le tremblement paralytique.

VIII

PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC HALLUCINATIONS

(Avec M. Albes). *Société des Sciences médicales de Montpellier*, mars 1910

L'existence des hallucinations dans la paralysie générale est des plus discutées. Il est des auteurs, comme Falret, Lasègue, Krafft Ebing, qui affirment qu'on n'en rencontre jamais ; d'autres, comme Morel, Krœpelin, Sérieux, les reconnaissent comme très fréquentes. Il est bien difficile de savoir quelle de ces deux opinions est la vraie, l'état intellectuel des paralytiques généraux étant un obstacle presque insurmontable à une pareille enquête. Mais il est intéressant de noter l'existence indiscutable d'une forme de paralysie générale où des hallucinations évidentes amènent des réactions violentes et expliquent l'agitation des malades et la direction de leur délire. Cette forme est la forme sensorielle de la maladie de Bayle, comme l'appelle Sérieux.

Dans une observation que nous avons eu l'occasion de recueillir et où les hallucinations occupaient une place prépondérante, il

nous a paru qu'elles relevaient de l'état cérébral particulier sur lequel évoluait la paralysie générale. Il s'agissait d'un paralytique prédisposé et surtout intoxiqué (alcool et plomb). La forme sensorielle de la P. G. nous apparaît ainsi comme une forme associée.

IX

UN CAS DE PAROTIDITE SUPPURÉE AU DÉCLIN DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Société des Sciences médicales de Montpellier, 25 juin 1909

Les parotidites suppurées sont fréquentes au cours des cachexies, elles surviennent alors à la phrase terminale de l'affection, sont presque d'ordre agonique et ont par là une importante valeur pronostique puisqu'elles permettent de prévoir la mort à très brève échéance. Il est remarquable cependant de constater que, dans la paralysie générale, cette complication est exceptionnelle et que le seul cas que nous ayons observé s'est terminé par la guérison spontanée.

X

HÉMOGLOBINURIE CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL A LA DERNIÈRE PÉRIODE (avec M. Pezet)

(*Société des Sciences médicales*, 13 février 1910)

Quelques rares observations d'hémoglobinurie ont été signalées au cours de la paralysie générale. Notre malade en présenta comme manifestation ultime de sa maladie, puisqu'il mourut quelques heures après. Tout nous autorise à penser qu'il s'agissait en l'espèce d'une hémoglobinurie d'origine rénale.

XI

TROUBLES PSYCHIQUES DANS UN CAS DE TABÈS. COMBINAISON DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE A UN TABÈS VIEUX DE VINGT-SIX ANS. (Avec Salager et Clément.)

Société des Sciences Médicales de Montpellier, Mars 1910.

Un tabétique de 47 ans, malade depuis 26 ans, présente depuis un an des troubles mentaux absolument superposables à ceux de la paralysie générale. Les caractères des troubles physiques, démentiels et délirants, permettent d'affirmer l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse, chronique au début. C'est là ce qui fait l'intérêt de l'observation, car : « Il n'est pas rare, dit Dupré, d'assister à l'éclosion de la paralysie générale chez un tabétique peu avancé ; il est exceptionnel, au contraire, de voir un tabétique très ancien devenir paralytique général. » — « Il semble même, disent Déjerine et Thomas, que plus le tabès est ancien, moins il a de chance de se compliquer de paralysie générale. »

XII

UN CAS DE SCLÉROSE EN PLAQUES AVEC TROUBLES PSYCHIQUES (avec Margarot)

Société des Sciences Médicales de Montpellier, 1910

LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES.

Archives générales de Médecine, octobre 1909.

COEXISTENCE D'UN SYNDROME DE SCLÉROSE EN PLAQUES ET D'UN PROCESSUS MÉNINGITIQUE CHRONIQUE DE NATURE ALCOOLIQUE (avec Clément.)

Montpellier Médical, n° 32, août 1909.

L'existence de troubles psychiques dans la sclérose en plaques est connue depuis longtemps, mais, malgré le nombre considérable d'auteurs qui se sont occupés de la question, toutes les obscurités ne sont pas encore dissipées. L'accord n'est pas complet

quand il s'agit d'estimer seulement la fréquence plus ou moins grande de ces manifestations intellectuelles ; il est encore plus loin de s'établir pour ce qui est de leur modalité.

C'est que ces troubles se rencontrent avec des caractères d'une étonnante variété. Dans quelques cas que nous avons eu l'occasion d'examiner à ce point de vue, nous avons pu personnellement noter ces contrastes et voir à côté du sujet à mémoire affaiblie, mais se comportant comme un individu sain d'esprit, tel autre à démence totale, étaler un délire de grandeur aussi niais que monstrueux.

Didactiquement, on peut classer ces diverses éventualités en trois groupes :

1° Les cas les plus nombreux, où l'on trouve un affaiblissement de la mémoire, une indifférence plus ou moins complète aux événements extérieurs, une paresse intellectuelle plus ou moins marquée, pouvant aller jusqu'à la démence complète.

2° Ici, l'élément démentiel est tout à fait insignifiant, et ce qui domine la scène, c'est le délire, délire qui peut se rencontrer avec toutes les modalités possibles (agitation maniaque, dépression mélancolique, idées plus ou moins systématisées de grandeur, de persécution, d'hypocondrie, délire érotique, etc.).

3° Enfin, on rencontre des cas dans lesquels démence et délire s'associent au point de simuler la paralysie générale (démence profonde associée à des délires énormes de grandeur et à l'euphorie).

Pour expliquer cette variété des troubles psychiques, on a invoqué diverses explications :

D'abord, on a voulu tout expliquer en admettant l'association de la sclérose en plaques avec des psychoses fonctionnelles ou organiques. Cette hypothèse semblait trouver un appui dans la fréquence des associations de la sclérose en plaques avec des processus pathologiques différents (paralysie générale, maladie de Parkinson, méningite chronique, polynévrite, chorée, tabès, térie, etc., etc.). Cependant, cette explication ne convient pas à tous les faits ; c'est ainsi que Dannemberger, qui a voulu l'adopter jusque dans ses dernières conséquences, a dû admettre que la sclérose en plaques pouvait se combiner à la fois à l'épilepsie, au

délire de persécution, à la polynévrite. La complexité de telles combinaisons les rend tout à fait invraisemblables. Contre pareille hypothèse militent aussi les cas semblables à celui publié par MM. *Raymond* et *Touchard*, où l'on voit les symptômes de paralysie générale, prépondérants au début de la maladie, disparaître ensuite de façon définitive. Admettre dans de pareilles conditions la combinaison avec la paralysie générale, c'est croire qu'une méningo-encéphalite diffuse est susceptible de guérir parce qu'elle est combinée à la sclérose en plaques.

Enfin, on a rapporté des cas où, pendant la vie, les signes de paralysie générale apparaissaient indubitables, si bien qu'ils masquaient ceux de la sclérose en plaques, et où, à l'autopsie, on ne trouva cependant que les lésions de cette dernière maladie.

Une seconde hypothèse fut alors formulée, qui attribuait à la seule sclérose en plaques tous les symptômes psychiques intellectuels, quelle qu'en fût la forme. L'existence d'altérations corticales démontrée dans la sclérose en plaques par Philippe et Jones, était un bon argument en faveur de cette théorie. Mais elle n'est pas à l'abri de toute critique. Si l'on reconnaît une base anatomique aux troubles psychiques, il est naturel de penser qu'ils doivent être d'autant plus importants que les lésions sont plus étendues et, par conséquent, qu'ils doivent être plus accusés au stade terminal de la maladie qu'à son début. Or, il n'en est rien. Dans tel cas, des lésions étendues s'accompagnent à peine d'un léger affaiblissement de la mémoire, dans tel autre, des lésions minimes coexistent avec des troubles démentiels et délirants, au contraire, très marqués.

Nous pensons que tout s'explique, au contraire, le plus aisément, en mettant la grande variabilité des troubles psychiques constatés au cours de la sclérose en plaques sur le compte de la prédisposition individuelle. Dans tous les cas que nous avons eu l'occasion d'envisager à ce point de vue, nous avons trouvé une hérédité fortement tarée, expliquant les cas où les troubles psychiques étaient plus particulièrement marqués. La sclérose en plaques paraît, du reste, avoir un pouvoir spécial sur la mise en

branle des réflexes de prédisposition. On sait la fréquence de ses associations avec l'hystérie, où il y a dans la coexistence de ces deux affections plus qu'une coïncidence fortuite, mais une relation bien plus étroite, établie grâce à la prédisposition.

Il est plus intéressant encore de voir que, par la moindre résistance du système nerveux, on peut aussi expliquer la fréquence de la combinaison paralysie générale et sclérose en plaques. On peut, en effet, se demander si l'extension énorme des lésions au niveau de l'encéphale, dans ce genre d'observation, n'est pas le fait d'une moindre résistance organique d'une *meionexie*, comme disent MM. les professeurs Mairet et Vires. La sclérose en plaques ne provoquerait pas, en réalité, la paralysie générale, mais ses lésions trouvant un terrain particulièrement favorable à leur développement, s'étendraient en tache d'huile, et détermineraient ces lésions si étendues que seule la paralysie générale semble devoir expliquer. Cette manière de voir trouve un sérieux appui dans les constatations faites par Kelp et Schüle. Ces auteurs ont vu, en effet, que ces lésions méningo-encéphaliques présentaient souvent des caractères tels qu'il est impossible de les assimiler à celles de la maladie de Bayle. Ce sont ces cas qu'ils ont décrits comme type cérébral de la sclérose en plaques.

XIII

TROIS OBSERVATIONS D'HÉMORRAGIES PROTUBÉRANTIELLES (avec M. Guiraud)

Société des Sciences Médicales de Montpellier, 2 avril 1908

UN CAS D'HÉMORRAGIE PROTUBÉRANTIELLE (avec M. Pezet)

Id., mars 1910

Quatre observations d'hémorragie se produisant au niveau de l'étage antérieur de la protubérance. Dans toutes les quatre, l'évolution clinique a été analogue. Les contractures furent les premiers symptômes, et la mort survint très rapidement avant qu'on ait pu constater autre chose que des convulsions et les contractures.

XIV

REMARQUES SUR LA MARCHE DE LA RÉFLECTIVITÉ CHEZ LES ALCOOLIQUES

Montpellier Médical, 16 août 1908, nº 33

DISSOCIATION DES RÉFLEXES CUTANÉS ET TENDINEUX DANS LES ÉTATS CONFUSIOENLS

Soc. des Sciences Médicales de Montpellier, 22 avril 1910

LES RÉFLEXES CUTANÉS ET TENDINEUX DANS LES INFECTIONS

Idem., mai 1910

Chez des alcooliques, chez des confus mentaux, chez certains sujets atteints de maladies infectieuses graves avec état ataxo-adynamique, nous avons pu constater la dissociation des réflexes cutanés et tendineux. Les phénomènes observés, surtout dans les cas de confusion mentale, avaient la même netteté que ceux qu'a signalés Laureys au cours des anesthésies chloroformiques. Alors que le processus infectieux ou toxique est peu intense, on ne trouve aucune modification intéressante du côté de la réflectivité ; puis, au fur et à mesure qu'il s'accentue, on voit successivement les réflexes cutanés disparaître, tandis que s'exagèrent les réflexes tendineux ; puis, toute réflectivité s'abolit. Quand les effets toxiques se dissipent, on voit la même succession, mais dans un ordre inverse.

Laureys a borné son observation à l'anesthésie chloroformique, et il en nie des conséquences uniquement physiologiques. Pour lui, l'ordre de succession des troubles réflexes est une confirmation de la théorie de Van Gehuchten, qui assigne aux réflexes tendineux une origine corticale. C'est là une conclusion qui est discutée.

Pour nous, la formation de ces faits au cours des états confusionnels, toxiques et infectieux, nous paraît avoir un intérêt pratique de diagnostic, et surtout de pronostic. Au cours des infections que nous avons observées (fièvre typhoïde surtout), la dissociation des réflexes cutanés et tendineux n'apparaît, en effet, que dans les cas graves.

La nature autotoxique de la confusion mentale étant admise, on peut identifier comme mécanisme la dissociation observée dans les états confusionnels et celles qu'on rencontre dans l'alcoolisme et les infections. On sait que M. le professeur Grasset et son élève Germain ont fait de l'exagération des réflexes un signe de l'insuffisance autotoxique. Nos remarques nous autorisent à donner la même signification à la dissociation des réflexes, observée dans les circonstances que nous avons énumérées tout à l'heure.

XV

UNE OBSERVATION DE PACHYMÉNINGITE HEMORRAGIQUE. COMPRESSION DE LA ZONE ROLANDIQUE PAR UN VOLUMINEUX HÉMATOME SANS SIGNE DE LOCALISATION

Société des sciences médicales de Montpellier, 14 février 1908.

KYSTES DES MÉNINGES D'ORIGINE TRAUMATIQUE

(Avec Ed. Bosc)

29 mai 1910

Il s'agit dans les deux cas de lésions bien différentes comme nature et comme origine étiologique, mais qui, au point de vue clinique, sont tout à fait rapprochées. La pachyméningite hémorragique apparue chez une vieille femme alcoolique et le kyste méningé d'origine traumatique trouvé à l'autopsie d'un débile intellectuel, siégeaient tous deux dans la zone rolandique et ne se manifestaient par aucun signe de localisation. Il nous a paru qu'on pouvait expliquer ce fait en apparence paradoxal, par l'atrophie cérébrale et la sclérose névroglique. Ces deux lésions existaient dans les deux cerveaux, mais relevaient pour chacun d'eux d'une étiologie différente : dans l'un c'était la sénilité qui était en cause, pour l'autre une difformité congénitale.

XVI

ACCIDENTS HYSTÉRIQUES ET ÉPILEPTIQUES CONSÉCUTIFS A UNE ÉMOTION CHEZ UN ENFANT DE 12 ANS

(Avec Margarot.)

Société des sciences médicales de Montpellier, 4 mars 1910.

Un enfant de douze ans éprouve une émotion intense au cours d'une agression dont il a été victime. Les nuits suivantes, il

est en proie à des terreurs nocturnes, puis des accidents hystériques apparaissent qui, peu à peu, se transforment et font place à une épilepsie typique. Des faits analogues ont été rapportés par différents auteurs, notamment par *H. Claude*. On ne doit pas les interpréter comme une transformation de l'hystérie en épilepsie, mais il ne nous paraît pas qu'il faille limiter en l'espèce les rapports entre ces deux états morbides à une association sur un même terrain névropathique. Il nous semble qu'il faut admettre que l'accident émotif, d'apparence hystérique, a préparé les voies ou contribue à créer les conditions propices à la genèse du mal comitial. C'est la conclusion à laquelle s'est rattaché *Claude*, et nous l'avons adoptée à notre tour.

XVII

APTITUDE CONVULSIVE MISE EN ÉVIDENCE PAR L'ALCOOLISME (avec M. Clément)

Montpellier Médical, 12 juillet 1908

Un sujet à hérédité chargée reste jusqu'à l'âge de 40 ans sans présenter aucune manifestation névropathique. A cet âge, sous l'influence de l'alcoolisme, il fait de la confusion mentale et des crises convulsives. Il est interné, sévèrement sevré de toute intoxication, et tous les stigmates de son alcoolisme s'estompent et disparaissent, mais il conserve ses crises épileptiques. On peut admettre que jusqu'à quarante ans, il est resté un comitial en puissance, ne présentant ni attaque, ni équivalent. L'alcool a mis en branle cette aptitude convulsive, et aujourd'hui la maladie suit son cours, malgré la disparition du facteur qui en a été le *primum movens*. Il nous paraît qu'on peut, avec Joffroy, considérer les cas analogues comme très intéressants, puisqu'ils montrent la parenté étroite qui unit l'épilepsie manifestement toxique à l'épilepsie névrose.

XVIII

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DES HÉMIOEDÈMES CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES (avec M. Clément.)

Montpellier Médical, avril 1909.

Parmi les hémiœdèmes que l'on observe chez les hémiplégiques, il en est qui font partie intégrante du tableau clinique de l'hémiplégie et relèvent directement de la lésion cérébrale. D'autres sont des éléments surajoutés, conditionnés par une atteinte cardiaque ou rénale, et pour lesquels la lésion nerveuse joue le rôle de simple facteur de localisation.

Dans un travail consacré à la pathogénie de ce dernier genre d'hémiœdème, Lœper et Crouzon invoquent l'altération des fibres vasomotrices et trophiques dans l'hémiplégie, et admettent qu'elle peut régler la distribution d'un œdème qu'elle n'a pas provoqué directement. Ils refusent toute influence à la position du malade et se basent surtout pour ce faire sur une expérience de M. le professeur Pierre Marie, qui montre qu'en modifiant la position du malade et en établissant la déclivité du côté opposé, on ne parvient pas à faire disparaître l'œdème du côté hémiplégié.

Nous avons eu l'occasion de vérifier ces différents faits et nous avons obtenu des résultats absolument analogues. Le rôle de la position des membres ne nous paraît pas cependant devoir être rejeté complètement, et cela à cause des remarques que nous avons faites chez un de nos malades. C'était un dément précoce catatonique, qui, sans avoir d'hémiplégie, gardait constamment l'attitude des hémiplégiques. Une crise d'hyposystolie amena chez lui la constitution d'un hémiœdème d'origine évidemment cardiaque, mais exactement localisé au côté qu'il avait coutume de tenir immobile.

XIX

UNE OBSERVATION D'AMNÉSIE SYSTÉMATIQUE ET LOCALISÉE CONSÉCUTIVE A UNE CRISE DE PHOBOMANIE

(Avec M. Clément). *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 14 mai 1909

Un homme de 38 ans fait une crise de phobomanie. Celle-ci guérie, il garde le souvenir des actes accomplis pendant la maladie et nullement celui de ses idées délirantes. Il a donc une amnésie systématique localisée et post-délirante. Cet ensemble de caractères est tout à fait exceptionnel. Les amnésies systématique et localisée n'apparaissent guère, en effet, que pendant la période où le cerveau est malade et ne touchent que les événements ou les idées antérieures à la maladie. Au contraire, dans l'observation que nous rapportons, l'amnésie ne se manifeste que lorsque le sujet est guéri et ne s'adresse qu'à des idées de la période de délire. D'une façon générale, les amnésies post-délirantes sont totales, c'est-à-dire englobent à la fois tous les événements, actes, idées, sentiments survenus pendant la maladie.

Un autre point intéressant de cette observation, c'est que le sujet n'est nullement hystérique et cependant les caractères présentés par son amnésie tendent à faire adopter ce diagnostic. Il y là une discordance entre la physionomie clinique de l'amnésie et sa nature étiologique qui est frappante. On peut résumer toutes ces particularités en intitulant notre observation : « Un cas d'amnésie systématique, localisée, post-psychique. »

XX

PRÉSENTATION D'UN CRANE SYPHILITIQUE

Société des Sciences médicales de Montpellier, février 1910

UN CAS DE SYPHILIS NÉCROSANTE DU CRANE

Société des Sciences médicales de Montpellier, mars 1910

Ces deux pièces anatomiques étaient rendues intéressantes par des particularités de même ordre, mais de nature opposée. En général, dans la syphilis crânienne, à côté de l'ostéite condensante

on trouve l'ostéite raréfiante ; le plus souvent, les deux tables osseuses sont intéressées. Dans l'un de nos cas, la taille externe seule était prise et la forme nécrosante de l'ostéite s'y rencontrait seule. Dans l'autre, l'ostéite hyperplasique avait donné naissance dans la cavité crânienne à une volumineuse exostose ; la table externe était à peu près indemne. Les autres caractères des lésions permettaient d'en affirmer l'origine syphilitique.

XXI

TRAITEMENT DES NÉVRITES. — TRAITEMENT DES TREMBLEMENTS. — TRAITEMENT DES CONTRACTURES. — TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

(Avec M. le Professeur Mairet)

Articles destinés à la nouvelle édition du traité de thérapeutique de M. le Professeur Robin.

Ces quatre articles sont l'exposé didactique de nos connaissances actuelles sur le traitement de ces différents syndromes nerveux.

C'est la première fois que, dans un ouvrage de thérapeutique, un article d'ensemble est consacré au traitement des contractures. Nous avons montré que les nouvelles méthodes, quel que soit le genre de contractures auquel elles s'adressent (méthode de l'alcoolisation locale de Brissaud, méthode de Fœrster), procèdent du même principe : diminuer le plus possible les excitations périphériques. Ces excitations jouent, en effet, un rôle indéniable dans la production des contractures, on peut même dire que c'est le seul point indiscutable des théories pathogéniques actuelles.

A propos du traitement de la paralysie générale, nous avons insisté de façon toute particulière sur la pluralité des causes étiologiques qui interviennent dans la genèse de cette affection ; les mauvais effets du traitement antisyphilitique, systématiquement employé ; les avantages au contraire d'une médication tonique et hygiénique.

DEUXIÈME SECTION

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LA PRÉDISPOSITION LOCALE

Thèse de Montpellier. 1907

Cette étude de pathologie générale est la première revue d'ensemble consacrée à l'exposé de nos connaissances actuelles sur l'origine et la genèse des *loci minoris resistentiæ.* Depuis longtemps les cliniciens avaient signalé les faits sans aller plus loin que leur constatation ; dans ces dernières années, au contraire, de nombreux travaux de médecine expérimentale ont été consacrés à l'étude de ce côté du problème et, dans notre thèse, nous avons essayé d'en synthétiser les résultats.

La prédisposition locale est un état particulier d'une partie de l'organisme qui, transmis héréditairement ou acquis, le rend particulièrement vulnérable à l'action des causes pathogènes. Elle peut être congénitale ou acquise. Quand elle est congénitale, il faut distinguer deux cas, suivant que l'hérédité ou la transmission utérine sont en cause.

La prédisposition locale héréditaire ne peut être étudiée que chez les ovipares ou chez les vivipares, en s'en tenant à l'influence du mâle. Son mécanisme est encore très obscur, et l'ignorance où nous sommes des lois même de l'hérédité nous réduit à son sujet aux hypothèses. Il semble que l'on puisse invoquer pour l'expliquer les modifications développées dans les cellules germinales sous l'influence, soit d'agents pathogènes, infectant l'organisme des procréateurs, soit des produits solubles qui y sont engendrés.

La transmission utérine semble, elle aussi, se faire en grande partie par l'intermédiaire de ces mêmes produits solubles, dont le pasage au travers du placenta est nettement établi. Au premier rang se placent les cytolysines, qui, de par leur nature même, localisent leurs effets à tel ou tel des organes du fœtus. Ensuite viennent les toxines microbiennes, les poisons endo ou exogènes qui se localisent de façon variant avec l'époque, la durée de leur action et leur affinité pour les tissus. En effet, quoique ces toxines n'aient par elles-mêmes aucune appétence spécifique pour tel ou tel organe, au contraire de ce qui se passait pour les cytotoxines, quoique de ce fait il semble que tout l'organisme fœtal dût souffrir de leur atteinte, on voit cette dernière se localiser à tel ou tel organe, et cette localisation dépend de circonstances bien diverses.

C'est ainsi que *Nattan Larrier* a montré que certains poisons atteignent avec prédilection les organes hématopoiëtiques. Le foie, qui joue ce rôle chez le fœtus, est atteint à ce titre, mais la portion hématopoietique de la glande hépatique rentre en régression à la naissance, si bien qu'une lésion portant sur elle disparaîtra complètement alors que les organes qui continuent à jouer ce rôle après la naissance, la rate par exemple, continueront aussi leur évolution morbide. L'âge du fœtus paraît avoir à son tour une certaine influence, le maximum des lésions se faisant sur l'organe dont le développement est le plus actif. Ce dernier point n'est qu'une application particulière d'une loi générale, que nous trouverons plus loin, et qui veut que tout organe en activité physiologique intense soit plus exposé que tout autre aux causes pathogènes.

La prédisposition acquise peut être le fait du traumatisme, du surmenage et des maladies antérieures.

1° L'action du traumatisme s'explique quand elle est immédiate par les ruptures vasculaires qu'il occasionne et qui facilitent l'arrêt au niveau de la région violentée des facteurs de la maladie. Quand cette action prédisposante est tardive. il semble que la moindre vitalité des tissus de cicatrice doive être incriminée.

2° L'action du surmenage s'explique par la congestion que l'on

rencontre dans tout organe au travail, congestion qui faciliterait l'arrêt des agents pathogènes. A l'action de la congestion vient s'ajouter celle des produits de désassimilation accumulés en plus grande quantité pendant la période d'activité. Il convient de rapprocher de l'action du surmenage dans la genèse de la prédisposition locale, celle de la simple activité physiologique. Les glandes sexuelles ne sont, en effet, guère atteints par les processus morbides que dans leur période d'activité. Les mammites se voient surtout chez la nourrice ; pour obtenir expérimentalement l'ostéomyélite, il suffit d'injecter du staphylocoque doré à un animal en période de croissance.

3° L'action des maladies antérieures n'est pas univoque ; tantôt elle est due à la persistance au niveau de l'organe lésé, ou dans tout autre point, des agents microbiens facteurs de la première maladie ; l'aliment faisant le ferment, ces micro-organismes ont toujours tendance à infecter à nouveau la même région qu'ils ont déjà atteinte ; tantôt il faut incriminer l'action des cytolysines ; d'autres fois, celle des toxines banales, parmi lesquelles il convient peut-être de faire une place spéciale aux toxines prédisposantes.

Nous sommes encore, à l'heure actuelle, très ignorants des éléments qui rentrent dans la constitution du substratum matériel de la prédisposition locale. Il semble qu'ils sont variables suivant les cas. Il peut être constitué par des lésions organiques, ou bien résider dans des troubles physico-chimiques encore inconnus.

Charrin et Nattan-Larrier sont arrivés à se rendre compte de la valeur fonctionnelle et, partant, de la résistance de certains organes en faisant la recherche, l'un du glycogène dans le foie, l'autre de l'iode dans le corps thyroïde.

La prédisposition locale peut avoir un pouvoir évolutif qui varie suivant les cas. Aussi doit-on distinguer la prédisposition terrain et la prédisposition graine.

Elle peut n'être qu'une aptitude fonctionnelle restreinte (meiopragie) ou constituer une moindre résistance organique (meionexie). Elle peut se manifester par des signes extérieurs (prédisposition avec stigmates) ou rester cachée (prédisposition latente).

TROISIÈME SECTION

MÉDECINE LÉGALE

I

ETUDE DU CONTENU CARDIAQUE DANS LES ASPHYXIES MÉCANIQUES

(Avec Romant). — *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, septembre 1907 (travail de laboratoire de médecine légale de la Faculté de Montpellier, M. Sarda, professeur).

L'état du sang dans les cavités cardiaques des sujets morts d'asphyxie mécanique, a été différemment décrit par les divers auteurs qui se sont occupés de cette question. Les divergences sont surtout marquées en ce qui concerne l'asphyxie par submersion. Pour certains auteurs (les anciens, et récemment Vachhlotz et Horoszkiewicz), dans les cas de mort subite en général, et par submersion en particulier, le sang du cœur et des vaisseaux reste liquide. Pour d'autres, au contraire (Brouardel et Loye, Sarda et Blanc), on rencontre presque toujours dans ces cas des caillots, surtout dans les cavités droites. Dans notre travail critique et expérimental, nous avons cherché d'abord les raisons de ces divergences ; ensuite, par l'expérimentation, nous avons cherché à nous faire une opinion personnelle.

1° Temps de l'autopsie ; 2° Technique de l'autopsie ; 3° Mécanisme de la mort.

Les raisons de divergences ont paru pouvoir se classer sous trois chefs :

I. Temps de l'autopsie. — Son influence est évidente. Si l'autopsie est faite immédiatement après la mort, alors que le cœur cesse à peine de se contracter, le sang n'est pas encore coagulé. Si elle est, au contraire, pratiquée alors que la putréfaction est déjà avancée, le sang s'est à nouveau liquéfié ; le cœur peut alors paraître tout à fait vide, au moment de l'autopsie, soit qu'il ait été vidé au cours des manipulations d'extraction, soit que sa vacuité dépende de circonstances particulières, ayant agi avant toute intervention opératoire (position déclive du cadavre).

Vibert, Lesser, Brouardel pensent aussi que le temps de l'autopsie peut influer sur les constatations par un autre mécanisme : la rigidité cadavérique. Pour eux, quand cette rigidité survient, le muscle cardiaque se contracte et expulse le sang qu'il contient. Un argument apparent à l'appui de cette manière de voir, est le fait, de constatation courante, de la réplétion plus grande du ventricule droit, les parois de ce ventricule étant moins épaisses, et sa force de contraction étant par conséquent moins grande. Cette manière de voir doit être rejetée :

1° La rigidité cadavérique ne peut être assimilée à une contraction ;

2° La réplétion plus grande du ventricule droit est antérieure à l'apparition de la rigidité ;

3° Dans les autopsies faites de façon à intéresser tous les stades de la rigidité cadavérique, jamais nous n'avons trouvé le cœur complètement vide ;

4° Enfin, chez un animal sacrifié, nous avons fait l'expérience suivante : le cœur étant vidé, tous les vaisseaux de la base sont liés, à l'exception de l'aorte, dans la lumière de laquelle on a introduit un tube de verre. A l'aide de la seringue de Pravaz, nous injectons dans le ventricule gauche une certaine quantité de liquide, de façon que ce liquide arrive dans le tube jusqu'à un certain niveau. Ce niveau est soigneusement noté. Huit heures après, alors que le cœur est en pleine rigidité cadavérique, le niveau n'a pas changé. Nous pouvons donc conclure que la rigidité cadavérique est sans action sur le contenu cardiaque.

II. Technique de l'autopsie. — Il est important, pour avoir des résultats comparables, d'employer toujours la même technique, et certaines divergences d'appréciation viennent évidemment d'une divergence dans le manuel opératoire.

C'est ainsi qu'il faut toujours lier soigneusement les vaisseaux de la base du cœur avant de procéder à son extraction.

Wachholtz et Horoszkiewicz ayant ouvert les cœurs après avoir soigneusement fait disparaître toute trace de liquide péricardique et enduit d'un corps gras leurs mains et leurs bistouris, ont trouvé le sang liquide dans plus de 80 0/0 des cas. Leurs constatations sont intéressantes au point de vue théorique ; en pratique, leur technique est trop compliquée et trop sujette à l'erreur pour donner au médecin légiste des résultats incontestables.

III. Mécanisme différent de la mort. — On pourrait enfin penser que le peu de concordance qui existe dans les résultats obtenus par les divers auteurs, est dû au mécanisme différent de la mort, qui survient dans la submersion, par exemple, tantôt par asphyxie, tantôt par inhibition. Cette explication ne nous paraît pas devoir être prise en considération, car que le cœur soit tué en systole ou en diastole, il n'en contient pas moins des caillots.

Connaissant ainsi les causes extrinsèques qui pouvaient faire varier les résultats trouvés, nous avons été amené à expérimenter par nous-même. Le protocole de ces expériences, au nombre de vingt-deux, est rapporté à la fin de notre travail. Les résultats confirment ceux trouvés par M. le professeur Sarda : « Dans les asphyxies mécaniques, par pendaison, strangulation, suffocation ou submersion, nous avons toujours rencontré des caillots dans le cœur, avec prédominance dans les cavités droites, à moins que l'autopsie ne soit faite immédiatement après la mort, ou dans un état de putréfaction trop avancé.

II

SIMULATION D'ALIÉNATION MENTALE PAR DES MILITAIRES

(Avec M. Jacquemet). — Soc. des Sciences Médicales de Montpellier, 12 juillet 1907.

Trois observations de simulation d'aliénation mentale par des militaires nous servent à démontrer combien est exacte la règle établie par M. le professeur Mairet que la simulation ne peut être tentée avec succès que par des sujets tarés au point de vue intellectuel : imbéciles ou débiles.

III

L'INVERSION MORALE

(Avec M. le professeur Mairet). Congrès de Budapesth, 1909.

LES INVALIDES MORAUX

(Avec M. le professeur Mairet). 1 vol. 282 pag., Coulet Masson, édit., 1910.

Dans la pratique médico-légale, on a souvent affaire à des êtres anormalement développés, qu'on désigne sous le nom de dégénérés, et qui ont tous pour caractéristique commune de ne présenter aucun trouble délirant, mais une atteinte plus ou moins profonde de la sensibilité morale. Ce sont ces individus, auxquels nous avons donné le nom générique d'*invalides moraux,* que nous nous sommes proposés d'étudier dans notre travail. M. le professeur Mairet ayant montré que la sensibilité morale joue un rôle important dans la genèse de la responsabilité, il est évident que ces individus sont particulièrement intéressants au point de vue médico-légal.

Mais avant d'aborder ce côté de la question, nous avons vu que si les invalides moraux avaient depuis longtemps attiré l'attention des médecins, la complexité très grande des cas rencontrés, le peu de précision des termes employés pour les désigner, ont rendu leur description nosologique très obscure, et il nous a paru nécessaire d'y revenir. Notre travail comprend donc :

I. Une première partie, dans laquelle nous avons étudié les invalides moraux en général, commençant par exposer l'historique des travaux et des conceptions auxquels ils ont donné lieu, étudiant ensuite leur physionomie clinique, expliquant et justifiant la classification que nous en donnons, et rapportant, pour mieux définir les termes que nous employons, des observations types.

II. Dans la deuxième partie, nous abordons l'étude détaillée d'une des formes cliniques que nous avons isolées : l'inversion morale. Le degré de responsabilité dépendant de l'état de l'être psychique, nous avons d'abord fait une description nosologique complète de ce dernier, puis nous avons tiré les conséquences médico-légales de cette étude.

III. Dans la troisième partie, nous avons procédé de façon analogue, pour une autre forme d'invalidité morale : l'instabilité.

Première Partie. Invalidité morale en général.

CHAPITRE PREMIER. — Historique.

Cet historique est la meilleure preuve du manque de précision des diverses descriptions données de la tare morale qui nous occupe.

Du côté des aliénistes, les mots de manie sans délire (Pinel), de folie morale (Prichard), de manie raisonnante, de délire des actes, de monomanie instinctive, de folie du caractère, d'idiotie morale, sont employés tour à tour, avec des acceptions diverses. Pour les uns, ils ne désignent qu'un petit groupe des individus que nous étudions ; pour d'autres, au contraire, leur signification

s'étend énormément et englobe même des formes morbides qui rentrent véritablement dans l'aliénation mentale. Il nous a paru qu'une des principales causes de toute cette imprécision était les mots même de folie, de délire, de manie, etc., qui avec des qualificatifs variables, se rencontrent dans les termes cités plus haut, et qui semblent impliquer l'existence d'une altération intellectuelle. Aussi, le mot d'INVALIDITÉ MORALE nous a-t-il semblé bien préférable à tous les vocables employés.

Les médecins légistes ont eu à leur tour affaire avec ce genre d'individus, et la doctrine du criminel-né de Lombroso est sortie de leurs observations. Nous avons indiqué cette doctrine, montré l'identité reconnue par tous du criminel-né et de ce qu'on appelle le fou moral. Nous avons ensuite discuté le mot de criminel-né, qui, excellent dans une étude de criminologie, ne l'est plus dans un travail plus général où, à côté de criminels, se trouvent décrits des sujets innocents de tout acte délictueux.

CHAPITRE II. — Classification des invalides moraux

Après avoir légitimé la description isolée de l'arrêt de développement intellectuel et de l'arrêt de développement moral, nous groupons les cas d'invalidité morale sous quatre chefs : atrophie morale, perversions morales, inversion morale, instabilité morale.

Nous insistons d'abord sur la valeur de cette division, et nous montrons qu'entre ces différents ordres d'anomalies morales, il n'y a pas de séparation infranchissable. Les caractères de l'une se retrouvent dans les autres, si bien qu'entre chacun de ces groupes, on peut percevoir toute une gamme de nuances mitoyennes qui insensiblement les mêlent l'un à l'autre. La classification n'en est pas moins légitimée par l'existence de types cliniques presque purs où une des anomalies se rencontre à l'état d'isolement et par l'importance prépondérante prise dans d'autres cas par une d'elles, alors même qu'elle coexiste avec plusieurs autres.

I. Atrophie morale. — On constate chez les individus qui en sont atteints un arrêt de développement de la conscience, qui en fait de véritables imbéciles moraux. Sans tendance vers le bien, du fait de cette atrophie morale, ces sujets n'ont pas plus d'appétence pour le mal. Leur volonté n'étant pas renforcée par la sensibilité morale, est d'une faiblesse qui les laisse à la merci de qui veut s'emparer d'eux. L'atrophie morale a des degrés et va de l'idiotie à la débilité. L'atrophie morale pure est très rare.

II. Perversions morales. — Elles sont constituées par des appétences particulières pour le mal, qui devient pour les pervertis comme un besoin de leur constitution psychique. Les perversions sont très nombreuses (appétence pour la boisson, le vol, etc..., impulsion, colère, méchanceté, etc., etc.). Le plus souvent, elles se combinent avec l'atrophie morale, mais elles peuvent exister indépendamment d'elle. Les perversions peuvent alors obscurcir à leur endroit la conscience morale normalement développée par ailleurs.

III. Inversion morale. — Ce genre d'invalidité morale n'a jamais été décrit isolément. Nous pensons avoir montré par l'étude détaillée que nous en avons faite, qu'il méritait d'être distingué. Cette anomalie est constituée par divers éléments. Au premier rang, nous trouvons l'*antiéducabilité* et l'*antisociabilité*, c'est-à-dire l'inverse de cette faculté qu'a tout enfant de s'éduquer et tout homme d'être sociable. Nous trouvons ensuite une atrophie morale associée à des perversions le plus souvent multiples. L'intelligence qui, au premier abord, peut paraître normale, même brillante, est toujours faible par quelque endroit, surtout en ce qui concerne le raisonnement et le jugement. Cette atrophie et ces diverses perversions, ne peuvent aller avec une volonté libre et chez les invertis moraux, l'égoïsme et les passions la tiennent en servage.

IV. Instabilité morale. — A côté des atrophiés, des pervertis et des invertis moraux, on rencontre, dans la pratique, des sujets chez qui perversions et atrophie sont très réduites, et qui ce-

pendant sont tarés dans leur sensibilité morale. Ce sont le plus souvent des débiles, mais des débiles supérieurs ; leur intelligence est souvent brillante, leur sensibilité morale souvent vive, et, s'ils méritent de figurer parmi les arrêtés dans leur développement, c'est que, chez eux ,les idées et les sentiments se suivent avec une extraordinaire rapidité, si bien que leurs facultés synthétiques, le raisonnement, le jugement, la volonté, ne parviennent pas à s'exercer normalement. L'absence de critique, le manque de réflexion, la rapidité avec laquelle ils exécutent les actes qu'ils ont conçus, en font de véritables machines à réflexes.

Le sens qu'il faut ajouter aux différents termes d'atrophie, de perversion, d'inversion et d'instabilité morales, étant ainsi précisé, nous avons entrepris l'étude détaillée de deux d'entre elles : l'inversion et l'instabilité.

Seconde Partie. Inversion morale.

CHAPITRE PREMIER. — Inversion morale en général.

Physionomie clinique. — Si les éléments constitutifs de l'inversion morale sont toujours les mêmes dans tous les cas, chacun d'eux pris en particulier n'a pas toujours le même développement, de sorte que leur association ne s'exprime pas constamment sous un même type clinique, et qu'il faut reconnaître dans l'inversion morale des divisions et des degrés.

Inversion morale simple. — Dans ce premier groupe, viennent se placer les sujets chez lesquels la malformation morale est surtout faite d'antiéducabilité et d'antisociabilité, chez lesquels l'appétence pour le mal, les perversions sont relativement peu marquées.

Inversion morale avec hypéresthésie des passions. — Ici, à l'antiéducabilité, à l'antisociabilité, nous trouvons jointes des perversions diverses, développées à leur maximum, s'épanouissant dans toute leur floraison. Les invertis moraux avec hypéres-

thésie des passions sont bien plus nombreux que les invertis moraux simples.

Inversion morale atténuée. — Quand on étudie un grand nombre d'invertis moraux, on voit les éléments constitutifs de leur infirmité, tout en restant les mêmes dans leur fond, varier par l'intensité de leurs manifestations. Ces variations amènent à décrire l'inversion morale atténuée. Le processus par lequel s'établit l'atténuation est variable, et pour classer les diverses éventualités, on peut reconnaître deux moyens principaux d'atténuation :

a) Un élément nouveau vient pallier et pratiquement atténuer l'inversion morale. — Cet élément nouveau est la peur de la punition. Les invertis moraux complets distinguent intellectuellement le bien du mal, mais n'en agissent pas moins conformément aux sollicitations de leurs passions et de leur antisociabilité. La punition ne leur inspire aucune crainte, et chez certains même amène une véritable exaspération. Il est des invertis moraux aussi ignorants de tout remords, aussi insociables et aussi pervertis que les précédents qui, au contraire, ont peur du châtiment. On les conduit par la crainte, et ils arrivent parfois à jouer la comédie de l'honnête homme, pour obtenir une récompense, ou à se retenir d'une faute pour éviter un châtiment. Ils n'en restent pas moins des invertis complets, et le montrent bien quand les circonstances leur garantissent l'impunité.

b) Un ou plusieurs éléments de l'inversion sont atténués. — L'atténuation de l'inversion morale n'est pas toujours aussi factice qu'elle vient de nous apparaître dans le groupe précédent. Il est des cas où elle est réelle et porte sur un ou plusieurs des éléments constitutifs de l'inversion (antiéducabilité, antisociabilité, atrophie morale, perversions).

Evolution. — L'inversion morale se marque dès l'enfance, et toute la vie des invertis moraux est dominée par leur tare morale. L'antiéducabilité, l'antisociabilité sont de fréquents mobiles de délits et de crimes. Très souvent, la première rencontre de l'inverti et de la justice se fait au moment du service mi-

litaire. Leur tempérament entre en collision avec les exigences de la discipline ; ils se révoltent, s'insurgent, et on les voit punis à maintes reprises et traduits devant le Conseil de guerre pour les délits d'indiscipline habituelle, d'insubordination, de refus d'obéissance, de révolte caractérisée, ou même de voies de faits.

Quand l'inverti ne fait pas de service militaire, il peut passer toute sa vie sans commettre d'actes délictueux ou criminels, mais le plus souvent ses perversions l'entraînent et il a maille à partir avec la justice.

Il peut aussi avoir affaire avec le médecin aliéniste, soit qu'on l'interne à tort dans un asile, soit qu'il simule la folie, soit qu'il devienne réellement fou. L'inverti moral simule volontiers l'aliénation mentale, et leur constitution psychique leur donne tout ce qu'il faut pour réussir dans cette entreprise, puisque, comme l'a montré M. le professeur Mairet, le simulateur est, en général, taré dans son système nerveux. L'aliénation mentale vraie apparaît au cours de l'inversion, dans des conditions variables. La prédisposition héréditaire et les excès fréquents l'expliquent quelquefois. Dans d'autres cas, elle est le résultat en quelque sorte fatal du développement d'une des tares associée à l'inversion (instabilité conduisant à la manie). Enfin, taré dans son jugement et son raisonnement, tout disposé aux faux jugements et aux interprétations délirantes, d'un égoïsme souvent extrême, l'inverti a tout ce qu'il faut pour faire un persécuté persécuteur.

CHAPITRE II. — ETUDE DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE L'INVERSION MORALE

Dans cette analyse, nous étudions successivement les troubles psychiques par atrophie, les troubles psychiques par perversions, les troubles physiques.

TROUBLES PSYCHIQUES PAR ATROPHIE. — *a) Intelligence.* — Elle est plus ou moins atteinte, mais alors même qu'elle paraît nor-

malement développée, on trouve toujours que le raisonnement et le jugement laissent à désirer. Il n'y a pas d'invertis moraux dont l'intelligence soit tout à fait normale.

b) Sensibilité morale. — L'intelligence des invertis moraux n'est jamais assez profondément atteinte pour ne pas leur permettre d'avoir la connaissance du bien et du mal, mais cette connaissance reste chez eux purement intellectuelle et n'est nullement sentante. La conscience supérieure, celle qui fait sentir la valeur morale des actes, est, en effet, chez eux toujours atrophiée, et le plus souvent même la conscience inférieure basée sur la peur de la punition, est-elle aussi muette. Les invertis sont véritablement des aveugles moraux.

Les sentiments bons (amour filial, amour du prochain, pitié, etc.), sont également atrophiés.

Troubles psychiques par perversion. — Nous étudions ici successivement les diverses perversions constitutives de l'inversion morale. L'antiéducabilité, l'antisociabilité, l'égoïsme, qui sont des éléments constants, sont ceux qui nous arrêtent le plus longuement.

L'antiéducabilité et l'antisociabilité nous apparaissent alors nettement comme l'inverse des facultés d'éducabilité et de sociabilité. Nous montrons aussi comment, lorsqu'elles sont atténuées, les effets de cette atténuation peuvent être masqués par l'entrée en scène de l'égotisme.

L'*égoïsme* et l'*égotisme* se retrouvent dans toutes les observations d'inversion morale ; on y rencontre, en outre, très souvent, la paresse, la méchanceté, la colère, la haine, etc.

Troubles physiques. — Les signes de dégénérescence se trouvent signalés dans toutes les observations d'invertis, mais leur variabilité extrême ne permet pas, comme le voudrait la théorie de Lombroso, de décrire un type physique particulier à l'inverti moral.

CHAPITRE III. — Etiologie.

L'hérédité est le facteur étiologique essentiel de l'inversion morale. Chez tous les invertis moraux, les antécédents héréditaires sont très chargés. A ce facteur héréditaire s'ajoutent souvent des accidents convulsifs de l'enfance, des poussées méningitiques, etc. Enfin, l'inverti moral, par les excès de toute sorte que sa tare le conduit à commettre, participe lui-même à son exagération.

La bonne éducation, les bons exemples, sont sans action sur l'inverti moral ; il n'en est pas de même des mauvaises fréquentations, des pernicieux conseils, du spectacle des passions déchaînées, qui joignent leur influence nocive à la malformation héréditaire.

A chaque période de la vie où le développement progressif de l'individu est plus actif, l'inversion morale reçoit souvent comme une impulsion nouvelle, et c'est ainsi que la puberté, dans la plupart de nos observations, exagère la tare morale.

CHAPITRE IV. — Diagnostic.

C'est parfois un diagnostic d'invalidité morale, c'est dans d'autres cas un diagnostic d'antiéducabilité.

Il ne faut pas confondre les invertis moraux avec les aliénés (notamment avec les persécutés-persécuteurs), ni avec certains criminels dont les défectuosités morales ne sont pas le fait d'une constitution anormale, n'ont rien de tératologique et sont véritablement acquises.

Ces différents problèmes ne peuvent se résoudre que par une observation attentive et prolongée de la manière de vivre. On ne peut rien affirmer avec certitude que si l'observation est assez étendue, et il est souvent nécessaire de remonter à l'enfance et de réunir tous les éléments susceptibles d'éclairer la façon dont s'est fait le développement de la sensibilité morale.

CHAPITRE V. — ETUDE MÉDICO-LÉGALE.

Cette étude se divise en deux parties. Nous étudions d'abord la criminalité des invertis moraux, nous envisageons ensuite leur responsabilité.

INVERSION MORALE ET CRIMINALITÉ. — Les actes délictueux commis par les invertis peuvent être la conséquence de chacune de leur malformation psychique.

Ceux qui dépendent de l'*antiéducabilité* et de l'*antisociabilité* sont le plus souvent peu fréquents et peu graves. Cependant, dans ce groupe prennent place le vagabondage, l'indiscipline militaire, la désertion, la rébellion, les injures aux agents de la force publique.

Les *passions pathologiques,* au contraire, entraînent un grand nombre de crimes, soit directement (hypéresthésie sexuelle, conduisant à l'attentat à la pudeur, paresse expliquant la mendicité, colère amenant le meurtre, etc.), soit indirectement (l'appétence pour les boissons poussant au vol, etc.).

INVERSION MORALE ET RESPONSABILITÉ. — Quels qu'ils soient, les mobiles qui conduisent l'inverti au crime agissent toujours par le même mécanisme. Ce sont des *besoins* qui réclament satisfaction. Ces besoins sont anormaux, car ils n'existent pas chez l'homme sain, ou s'ils existent ils sont bien moins développés. Mais ce qui, au point de vue responsabilité, a une très grande importance, c'est que devant eux nulle force ne s'élève, la sensibilité morale ne vient pas leur faire contrepoids. C'est un point sur lequel nous avons particulièrement insisté en appliquant aux invertis moraux les résultats auxquels l'analyse des facteurs de la responsabilité a conduit M. Mairet.

Chez l'homme normal, sollicité par un mobile quelconque, il se produit une série d'opérations intellectuelles qui lui font prendre une connaissance exacte des conséquences de toute na-

ture que l'acte peut avoir pour celui qui l'accomplit et pour autrui. Ces conséquences, ainsi déduites intellectuellement, agissent alors sur la sensibilité morale, sur les sentiments tendres, sur la sensibilité physique transformée.

1. *Sur la sensibilité morale.* — Si l'acte est contraire à ce qui est bien, la conscience morale froissée engendre un besoin nouveau qui est l'antagoniste du besoin primitif.

2. *Sur les sentiments tendres.* — Si l'acte est contraire aux intérêts d'autrui, l'affection, la bonté, la pitié entrent en scènc et ainsi naît encore un besoin qui est l'antagoniste du besoin primitif.

3. *Sur la sensibilité physique transformée.* — Si l'acte doit entraîner à son auteur des désagréments, la peur qui est aussi éveillée (peur de la punition) devient à son tour un besoin qui lui aussi est opposé à la tendance primitive.

Chez *l'inverti moral,* le facteur intellectuel de la responsabilité est intact, mais il n'en est pas de même des facteurs moraux. Quand l'inversion est complète, la sensibilité morale étant nulle, les sentiments bons, absents ou remplacés par leur contraire, la peur de la punition elle-même étant inexistante, les tendances antagonistes au mal qui résultent de leur mise en vibration par la considération des conséquences d'un acte prémédité ne peuvent apparaître. Ces tendances morales ne s'opposent plus aux tendances primitives. Il n'y a pas lutte, partant pas de responsabilité : *l'inverti moral complet est un irresponsable complet.*

Quand l'inversion morale est atténuée, le problème se pose différemment suivant qu'il s'agit d'une atténuation réelle portant sur les éléments mêmes de l'inversion ou bien d'une inversion masquée par l'existence de la peur de la punition.

Dans ce dernier cas, *l'irresponsabilité reste absolue.* La peur de la punition, en effet, n'a aucun rôle moralisateur quand elle n'est pas soutenue par la sensibilité morale. Elle pousse, en effet, l'inverti sur le point de commettre un acte contraire au bien, non

pas à s'en abstenir, mais à le commettre de telle façon qu'il ne lui attire aucun châtiment.

Quand, au contraire, l'inversion morale est vraiment atténuée, la sensibilité morale et les sentiments tendres existant plus ou moins développés, l'irresponsabilité n'est plus absolue. Il y a ici un certain degré de responsabilité qui est proportionnel au développement de la sensibilité morale d'une part, à la force plus ou moins grande des mobiles d'autre part.

L'inverti moral complet est donc un irresponsable complet. Il ne doit pas connaître les rigueurs d'une loi qui est faite pour les individus qui ont conscience de la valeur morale de leurs actes. La société n'a pas le droit de le punir, mais elle a le droit de se garder de ses crimes. L'indication est formelle, les moyens de la remplir sont moins nets. Ces individus ne sont pas à leur place dans les asiles des aliénés, d'abord parce qu'ils ne sont pas fous, ensuite parce qu'ils y sont une cause de trouble. C'est pour eux qu'il faut réclamer la création de ces établissements spéciaux, qui ne sont ni des prisons ni des asiles, dont tout le monde comprend la nécessité et où seulement les invertis pourraient trouver les soins et les directions que commande leur état.

CHAPITRE VI. — TRAITEMENT.

Dans ce chapitre, nous avons successivement analysé les méthodes thérapeutiques mises en usage vis-à-vis des individus du même ordre que ceux que nous étudions. Nous en avons surtout constaté les échecs. C'est que, comme le disait Despine « l'éducation la mieux entendue ne peut pas créer des facultés : elle ne peut que cultiver celles qui existent au moins en germe ».

Ces incurables n'en ont pas moins droit à nos soins et on peut, dans une certaine mesure, atténuer les manifestations externes de l'inversion.

Troisième Partie. Instabilité morale.

CHAPITRE I. — Formes cliniques

Les formes cliniques de l'instabilité morale peuvent se classer en deux grands groupes.

D'après le nombre, la qualité et l'importance des éléments associés à l'instabilité.

D'après l'allure clinique de l'instabilité elle-même.

Formes cliniques déterminées par l'association a l'instabilité des tares morales diverses. — On peut ainsi distinguer :

L'instabilité simple. — Ici, il y a peu ou pas de perversions. L'instabilité apparaît dans un état de pureté presque parfait. Il semble que les facultés intellectuelles et surtout la sensibilité morale soient hyperesthésiées. Les idées et les émotions sont fugitives et abondantes, l'acte suit presque immédiatement sa conception. Toutes ces anomalies entravent l'exercice normal des facultés de contrôle et rendent ces individus peu susceptibles de pondération et de réflexion.

L'instabilité associée à d'autres tares morales ou déséquilibre comprend l'immense majorité des cas. Ici, l'hypéresthésie intellectuelle et morale est souvent plus intense que dans l'instabilité simple, mais surtout d'autres tares morales, inversion ou perversions se sont jointes à l'instabilité, modifiant ses manifestations extérieures et son allure clinique.

Formes cliniques d'après la prédominance de l'instabilité dans le domaine intellectuel, psycho-moteur ou sentant. — L'instabilité, quand elle existe, atteint toujours l'être sentant, mais elle peut s'étendre à l'intelligence et au système psycho-moteur. Le plus souvent, tout en étant générale, elle concentre ses effets les plus visibles sur tel ou tel domaine, si bien que, suivant les cas, on peut parler d'instabilité psycho-motrice.

Instabilité et déséquilibre intellectuels. — Chez certains instables il est des idées, idées politiques ou religieuses le plus souvent, qui prennent un très grand développement, qui actionnent plus spécialement le cerveau déséquilibré, dominent la vie de l'instable et lui donnent une direction particulière.

C'est dans ce cadre de l'instabilité et du déséquilibre intellectuel que prennent place les sujets que l'on appelle vulgairement excentriques, originaux, etc. La bizarrerie des actes s'explique par la fertilité souvent dévergondée de l'imagination et l'absence de toute réflexion.

Instabilité et déséquilibre psycho-moteur. — Ce genre d'instable est dominé par le besoin de mouvement, la soif des voyages. Ce sont eux qu'on désigne souvent sous les noms d'aventuriers, de vagabonds, etc.

Instabilité et déséquilibre sentant ou moral. — Tout déséquilibré est plus ou moins, mais plutôt plus que moins un déséquilibré moral. Toutefois, dans certains cas, c'est l'être sentant qui fournit plus particulièrement les éléments psychiques du déséquilibre et ce sont ces cas qu'il faut classer dans ce dernier groupe.

Ce que nous venons de dire nous montre un des points qui font l'intérêt de l'étude de l'instabilité morale ; puisque nous voyons que dans ce groupe rentrent des individus qu'on a tendance à différencier les uns des autres et qui en réalité ont une constitution psychique très voisine. Ce sont ceux qu'on désigne ordinairement sous les noms d'excentriques, de détraqués, d'originaux, de toqués, de lunatiques, d'instables, d'aventuriers, de vagabonds, etc., etc.

Evolution. — L'instabilité apparaît dès l'enfance, et cette époque d'apparition plaide en faveur de l'influence étiologique de l'hérédité que l'on retrouve, en effet, dans la plupart des cas.

Le développement complet de la tare ne s'en fait pas moins à un âge assez avancé au moment de l'adolescence surtout. Les excès de toute sorte contribuent puissamment à l'exagérer.

Suivis dans leur vie journalière, les instables présentent des périodes alternatives d'exaltation psychique et de dépression.

Enfin, l'évolution de l'instabilité et du déséquilibre est émaillée par la fréquente apparition, au cours de la vie des sujets qui en sont atteints, de manie. C'est là un point extrêmement important que nous avons étudié longuement dans un autre chapitre traitant du mécanisme même de l'instabilité.

CHAPITRE II. — Etude des éléments constitutifs de l'instabilité morale

Instabilité. — Nous n'en disons ici que quelques mots très brefs. Ce que nous en avons déjà dit et surtout ce que nous dirons plus tard en étudiant sa pathogénie nous en disant assez long à son sujet.

Eléments divers. — *L'intelligence* est, en général, normalement développée chez les instables. Mais si elle est souvent brillante, elle est presque toujours superficielle.

La sensibilité morale est souvent normalement développée, mais en raison même de l'instabilité les vibrations en sont passagères. Enfin, quand l'instabilité est associée à l'inversion ou aux perversions la sensibilité morale présente les diverses anomalies que nous avons déjà étudiées.

La volonté enfin est toujours très faible.

CHAPITRE III. — Pathogénie.

L'instabilité doit être considérée comme un état lié à une hyperactivité psychique de même nature que celle de la manie. La preuve en est : 1° dans la constitution même de l'instable et la facilité avec laquelle il s'exalte à la façon du maniaque ; 2° dans l'évolution progressive de certains cas de déséquilibre vers l'exaltation maniaque. L'analyse des observations que nous avons rapportées montre la réalité de ces deux preuves.

Déséquilibré maniaque. — Son étude nous est imposée par l'existence des cas auxquels nous venons de faire allusion et dans lesquels le déséquilibré aboutit à l'exaltation maniaque.

Les faits de cet ordre ne sont pas rares ; leur connaissance est intéressante, d'autant plus que le diagnostic n'en est pas toujours très aisé. Le déséquilibré se présente cliniquement sous deux formes : 1° sous la forme d'accès d'exaltation maniaque (forme intermittente) ; 2° sous la forme rémittente.

Déséquilibré maniaque intermittent. — Ici l'exaltation maniaque n'apparaît que par accès pendant lesquels les malades sont véritablement des aliénés. Pendant ces accès, en effet, l'exaltation les entraîne et les met à la merci de leurs idées ; ils ne se dirigent plus, ne se rendent pas compte de leur situation, n'ont pas une conscience exacte de ce qu'ils font et des actes qu'ils commettent ; ne se souviennent qu'imparfaitement de ce qu'ils ont fait, le souvenir ne se réveillant complet avec la conscience que lorsque l'accès finit. Ce sont là des points de première importance au point de vue médico-légal.

Déséquilibré maniaque rémittent. — Ici l'exaltation persiste toujours. Certainement, il est des périodes où les symptômes s'apaisent, mais ils ne disparaissent jamais complètement ; il n'y a que rémission et la maladie suit ainsi une évolution bien particulière avec des poussées d'exaltation alternant avec des périodes de calme relatif.

Pendant les périodes d'exaltation, le doute n'est pas permis, le déséquilibré maniaque rémittent est bien un aliéné ; pendant la période de rémission la première impression est toute opposée et l'erreur est possible ; ce malade peut passer alors pour un homme tout à fait raisonnable. Mais à un examen plus approfondi, on retrouve même alors les caractères indubitables de l'exaltation maniaque et de la déchéance morale.

L'étude du déséquilibré maniaque nous permet de conclure que le déséquilibré peut être réellement un aliéné. Dans le cas de déséquilibre maniaque rémittent cet état d'aliénation est permanent. Dans tous les autres cas de déséquilibre il n'est que temporaire.

L'étude de l'instabilité et du déséquilibre nous a donc permis de déterminer d'une manière précise ce qu'on doit entendre sous les noms de folie des actes, de folie du caractère, de ma-

nie raisonnante. Elle nous montre, en outre, combien sont défectueux ces termes divers, qui font du mot folie le synonyme d'anomalie ; tous les instables sont, en effet, d'après cette terminologie, des fous moraux, des fous du caractère ou encore des maniaques raisonnants, et cependant nous savons que seuls, parmi eux, ceux qui présentent du déséquilibre maniaque peuvent être considérés comme des aliénés.

CHAPITRE IV. — Diagnostic.

Un diagnostic fondamental est à faire entre le déséquilibre simple et le déséquilibre maniaque. Pour le faire, il faut se baser sur deux faits :

1° La surexcitation intellectuelle et sentante est bien plus vive et plus désordonnée quand le passage à l'exaltation maniaque s'est effectué.

2° Alors que, dans le déséquilibre, le sujet conserve une conscience assez entière de son état et se rend un compte exact de sa situation, l'exalté maniaque est inconscient. Aucune force n'essaie de s'opposer à l'entraînement des idées et des actes, la conscience étant obnubilée.

L'inversion morale peut simuler aussi l'instabilité ou, au contraire, l'instabilité, l'inversion. Le plus souvent, une observation attentive suffit pour éviter l'erreur.

CHAPITRE V. — Etude médico-légale.

Ici, comme pour l'inversion, nous étudions d'abord les actes délictueux que commettent de préférence les instables et à quels mobiles ils obéissent en les commettant. Nous envisageons ensuite l'état des facteurs de leur responsabilité.

Instabilité morale et criminalité. — Il n'y a pas de différence fondamentale entre la criminalité des instables ordinaires et celle des déséquilibrés. Pour ces deux sortes d'invalides moraux, la criminalité est très riche, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'ils sont très souvent en même temps qu'instables des per-

vertis et des invertis et que leur instabilité par l'irréflexion qu'elle entraîne les rend particulièrement accessibles aux suggestions de leur passion ou de leur entourage.

Les révoltes contre l'autorité, le vagabondage, le vol, les faux, la banqueroute frauduleuse, les abus de confiance, l'adultère, le meurtre, sont les délits ou crimes que nous rencontrons, signalés le plus souvent dans nos observations.

Un genre de crime fréquent chez les déséquilibrés : le régicide, a retenu plus longuement notre attention. On sait, en effet, que Régis, dans son étude sur les régicides, a divisé ce genre de criminels en trois groupes : 1° *Les faux régicides* (persécutés, persécuteurs, qui tirent sur les puissants pour attirer l'attention sur eux et se faire rendre justice) ; 2° *Les fous-régicides* ; 3° les *régicides-types*, fanatiques agissant en dehors de toute secte et de toute conjuration, et qui rentreraient dans le cadre de nos déséquilibrés. L'examen de diverses observations nous a permis de montrer que la classification de Régis, excellente dans son ensemble, ne s'applique pas à tous les cas puisqu'on trouve des sujets qui, sans être déséquilibrés, commettent des attentats ayant tous les caractères de ceux commis par des régicides-types.

Cette remarque étant faite, nous terminons cette étude de la criminalité des instables en constatant que si les crimes dépendent de l'instabilité seule, ce sont de véritables réflexes ; que s'ils relèvent, au contraire, de l'inversion ou d'une perversion, ils peuvent être réfléchis et prémédités.

Instabilité morale et responsabilité. — Ici, il faut absolument séparer les divers genres de déséquilibre.

Déséquilibre maniaque intermittent et responsabilité. — Il convient ici de ne l'étudier que pendant l'accès d'exaltation maniaque ; une fois celui-ci passé, l'individu redevient, en effet, un déséquilibré simple dont nous étudierons plus loin la responsabilité. Le déséquilibré maniaque intermittent est, pendant son accès, un irresponsable, puisque les facteurs sentants et intellectuels de la responsabilité sont chez lui abolis : le facteur sentant puisqu'il n'a pas conscience de ce qu'il fait, le facteur intellectuel, puisque l'activité réfléchie est chez lui totalement annihilée.

Déséquilibre maniaque rémittent et responsabilité. — Ici, l'irresponsabilité est constante à toutes les périodes, pendant l'accès et pendant la rémission, puisque, comme le dit Campagne : « Dépourvus de sentiment moral et n'ayant de la moralité qu'une idée vague, variable et sans consistance, ils ne sont pas en état de contrôler et, à plus forte raison, d'arrêter les impulsions énergiques et répétées qui proviennent de leurs passions. »

Instabilité simple et responsabilité. — Dans l'instabilité simple, il faut distinguer les actes commis avec préméditation et ceux qui sont commis sans préméditation.

Quand il n'y a pas de préméditation, l'acte n'est pas précédé de la réflexion, de la délibération plus ou moins complète qui l'accompagne chez les individus en puissance de leur intégrité morale complète. D'où, diminution notable de la responsabilité.

Quand il y a préméditation, il n'en est plus de même. Alors les éléments biologiques de la responsabilité, qui sont intacts, ont tout le temps nécessaire pour intervenir, et du fait de l'instabilité tout au moins, la responsabilité ne subit aucune atténuation.

Dans le déséquilibre les mêmes observations sont de mise pour les actes non prémédités. Car ici, l'instabilité est plus forte que dans l'instabilité simple ; elle est, de plus, combinée à de l'atrophie morale et à de l'inversion ou à des perversions toutes anomalies dont nous connaissons la valeur atténuante de la responsabilité.

CHAPITRE VI. — Traitement.

Il ne paraît pas y avoir de traitement curateur. Mais on peut empêcher l'instabilité de s'aggraver et dans certains cas on peut l'améliorer. L'isolement, un milieu bien choisi, sont les seuls moyens thérapeutiques à employer.

Si l'instable s'exalte jusqu'à la manie, l'internement sera indiqué, mais alors seulement.
